東洋医学論文をいかに書くべきか？

——日本東洋医学雑誌編集委員会の議論より——

伊藤 隆^a 渡辺 賢治^b 池内 隆夫^c
 石毛 敦^b 小曾戸 洋^d 崎山 武志^e
 田原 英一^f 三浦 於菟^g 関矢 信康^h
 及川 哲郎^d 木村 容子ⁱ

- a 労働者健康福祉機構鹿島労災病院和漢診療センター，茨城，〒314-0343 神栖市土合本町1-9108-2
 b 慶應義塾大学医学部漢方医学センター，東京，〒160-8582 新宿区信濃町35
 c 医療法人社団総生会麻生総合病院泌尿器科，〒215-0021 川崎市麻生区上麻生6-25-1
 d 北里大学東洋医学総合研究所，東京，〒108-8642 港区白金5-9-1
 e 聖マリアンナ医科大学総合診療内科，神奈川，〒216-8511 川崎市宮前区菅生2-16-1
 f 麻生飯塚病院東洋医学センター，福岡，〒820-8505 飯塚市芳雄町3-83
 g 東邦大学医療センター大森病院東洋医学科，東京，〒143-8541 大田区大森西6-11-1
 h 千葉大学医学部先端和漢診療学講座，千葉，〒260-8670 千葉市中央区亥鼻1-8-1
 i 東京女子医科大学附属東洋医学研究所，東京，〒114-0014 北区田端1-21-8

How Should We Write Academic Dissertation in Kampo Medicine? —from Discussion in Edit Committee of the Japan Society for Oriental Medicine—

Takashi ITOH^a Kenji WATANABE^b Takao IKEUCHI^c
 Atsushi ISHIGE^b Hiroshi KOSODO^d Takeshi SAKIYAMA^e
 Eiichi TAHARA^f Oto MIURA^g Nobuyasu SEKIYA^h
 Tetsuro OIKAWA^d Yoko KIMURAⁱ

- a Center of Japanese Oriental Medicine, Kashima Rosai Hospital, Labour Welfare Corporation, 1-9108-2 Doaihoncho, Kamisu, Ibaraki 314-0343, Japan
 b Center for Kampo Medicine, Keio University School of Medicine, 35 Shinanomachi, Shinjuku-ku, Tokyo 160-8582, Japan
 c Department of Urology, Asao General Hospital, 6-25-1 Kamiasao, Asao-ku, Kawasaki, Kanagawa 215-0021, Japan
 d Oriental Medical Research Center, Kitasato University, 5-9-1 Shirokane, Minato-ku, Tokyo 108-8642, Japan
 e Department of General Internal Medicine, St Marianna University School of Medicine, 2-16-1 Sugao Miyamae-ku, Kawasaki, Kanagawa 216-8511, Japan
 f Department of Japanese Oriental (Kampo) Medicine, Oriental Medical Center, Iizuka Hospital, 3-83 Yoshio-cho, Iizuka, Fukuoka 820-8505, Japan
 g Department of Japanese Traditional Medicine, Toho University Omori Medical Center, 6-11-1 Omorinishi, Ota-ku, Tokyo 143-8541, Japan
 h Department of Japanese Oriental (Kampo) Medicine, Graduate School of Medicine, Chiba University, 1-8-1 Inohana, Chuo-ku, Chiba 260-8670, Japan
 i Institute of Oriental Medicine, Tokyo Women's Medical University, School of Medicine, 1-21-8 Tabata, Kita-ku, Tokyo 114-0014, Japan

Abstract

Academic dissertations on Kampo medicine have a certain peculiarity about them, when they are drawn up by the rules of western medical writing. Compared to western medicine, oriental medicine tends to employ more subjective terms, because of its many humanistic elements.

Study objectives, methods, results and discussions however, need to be stated objectively in a way that makes a paper easy to understand for both referees and readers. Although it would be ideal to use designated terms when making objective statements, there are in fact many terms that have multiple meanings, which need to be clarified in a paper. And when presenting new evidence, one must declare how far any problems have been resolved, as clearly as possible.

We have explained the recent changes to our regulations for contributors, regarding Kampo formulae

naming conventions, abstract word counts, and contributions by mail. Here we discuss how our editing work proceeds, and our thoughts on how papers are re-reviewed or rejected.

Key words : academic dissertation in Kampo medicine, judge of papers, naming of Kampo extracts, rejection, terms with multi-meanings

要旨

東洋医学論文には東洋医学を西洋医学のルールで論じることに関与した特異性がある。西洋医学に比較すると、人文科学的要素の多い東洋医学では記述が主観的になる傾向がある。目的、方法、結果、考察は、論文内容を客観化させ、査読者と読者の理解を容易ならしめるために必要な形式と考えられる。より客観的な記述のためには、指定された用語を用いることが理想であるが、現実的には多義性のある用語もあり、論文中での定義を明確にする必要がある。伝統医学では症状と所見と診断の区別が不明瞭な傾向があるが、科学論文では明確に区別して記述しなくてはならない。新知見を主張するためには、問題の解決がどこまでなされているかをできるだけ明らかにする必要がある。投稿規定の改訂点である、漢方製剤名の記述方法、要旨の文字数、メール投稿について解説した。編集作業の手順について紹介し、再査読と却下の内容に関する最近の議論を述べた。

キーワード：東洋医学論文、論文審査、漢方製剤名、却下、用語の多義性

はじめに

現在、学会指導医の必要条件として、学会誌に論文3篇以上掲載することが義務付けられている。これにより論文数が増えることは誠に好ましいことではあるが、内容の粗い投稿が増えていることも事実である。筆者は2005年5月より本学会の編集委員会委員長を務めており、現在4年目を迎えている。この3年間、共同筆者である日本東洋医学会編集委員会幹事らと論文の審査に関する議論を行ってきた。その過程において本学会誌の編集には他学会にはない特徴があることが明らかとなってきた。これまでの議論の一部を本学会専門医制度委員会講演会（平成20年4月27日）にて発表したところ、同委員会役員より、意見を整理して内容を会員に伝えるよう勧められた。今回その内容に一部加筆し、論文審査の客観性と透明性を高めることを目的にまとめなおしたので、東洋医学論文を書く際の一助となれば幸いである。

1 論文を書く意義

a) 自己の診療の客観的評価のために

一般に、臨床医は自分の得意な患者だけを診ていけば、負の評価を受ける機会は少なくなり、更なる成長が困難になる傾向があると思われる。論文執筆は自己の診療内容を客観的に評価しうる良い機会である。

b) 社会への還元のために

上記に挙げた自己の診療を客観化する、という目的のみならず、自己の貴重な経験を共有化することで結果的に社会還元することも重要な意義である。

東洋医学には二千年の歴史があるとはいえ、保険診療下における診療経験の報告例は西洋医学に比較すればまだまだ少ない。一例の症例報告でも社会に対して影響を与えることがある。

2 東洋医学論文を客観的に書く工夫

a) 東洋医学を西洋医学のルールで論じること

東洋医学論文の構造を西洋医学の論文に比較してみると、どこか信憑性に乏しい印象を受ける場合が珍しくない。一見、西洋医学の論文よりも多くの花や実があるように見えるが、何が新知見あるいは難点なのかを指摘しにくい傾向がある。これは東洋医学論文の方法論が西洋医学に比較して曖昧なことに由来している。東洋医学論文では良くも悪くも主観と客観が分離しきれていないところがある。しかし、この主観的に見える論文こそ、東洋医学雑誌としては大切にすべきであり、掲載への努力を惜しむべきではない。そもそも論文というルール自体が西洋科学のものであり、東洋の考え方ではない。東洋の考え方を西洋科学のルールで議論することに諸問題の根源がある。

望ましい東洋医学論文においては、東洋の人文科学的素地が尊重されていること、そして客観的な記述のための努力と工夫、この両者のバランスがとれていなければならない。

客観的に記述するための要点として、以下の諸点を挙げる。

b) 形式を守る

当学会誌では論文は二名の査読者によって査読され、一名の総括者によりとりまとめられて編集委員

表1 原著の形式の一例

目的	Aのかぜ症候群に対する臨床効果を検討する
方法	Aを100症例に投与して有効性を検討した
結果	改善例は70%であった
考察	他の薬の治療効果との比較 非改善例の証の検討等
結論	Aはかぜ症候群に有効である

会に意見具申される。査読者は東西両医学いずれかの領域の専門家である。読者を含めた全員が内容を理解できることが必要である。そのためのルールが「形式」である。

本学会誌の論文の種別には、原著(表1)、臨床報告、基礎報告、理論と論説広場がある。臨床報告は、「方法」「結果」が「症例」に代わっている。広場(英訳“Letter to editor”)はより自由に記述できるが、基本原則は同様である。

注意すべきことは、「形式」そのものに東洋医学的考え方がない点である。原著論文が東洋医学的に面白くない傾向があるのは論理的に必然であろう。

c) 表現は簡潔かつ正確に

和文では英文に比較して記述が主観的になりやすい。このため和文論文は英文論文より審査が難しい面があると思われる。注意すべきことは「客観的に。控え目に。断定口調は避ける。言い過ぎない。」ことであろう。長い文、曖昧な表現、まわりくどい表現の場合は、例えば英文の思考で考えてみてはどうであろうか。以下は、論文内容を改善する上で役立った指摘である。

- ・接続詞は少なめにし、文の内容で接続させる。
- ・カタカナを減らす

外来語はできるだけ使用しない方がよい。例えば「検査データ」より「検査成績」が望ましい。

- ・略語の初出はフルスペリングで。西洋医学的な専門学会ではないので、SLEも初出はSystemic lupus erythematosis (SLE)と記述して頂きたい。
- ・可能性は ○示された ×示唆された である。
- ・処方を変方した→転方した。変方は桂枝湯の中の桂枝を増量するなど処方内容を変更すること。葛根湯に変更したのであれば、転方というべきであろう。
- ・時制。症状、所見は過去形。事実、考察は現在形。厳密ではない。
- ・合方と併用と兼用の違い

エキス剤に合方はない。合方は煎じ薬の場合に用いる用語である。合方では二方剤に共通する生薬の量が多い方を採用する。共通する生薬がなくても、別々に煎じて作成した二エキス剤を同時に服用しても、最初から煎じた場合と薬効が異なることは容易に予想できる。

例えば、桂枝湯エキスと越婢加朮湯エキスを同時に服用することは「桂枝二越婢一湯」の簡便法あるいは代用であり、「桂枝二越婢一湯」そのものではない。

用いる二方剤に主と従があるとき兼用という。例えば、大柴胡湯に八味地黄丸は兼用。併用は二方が同格のときにいう。四逆散と香蘇散併用などのようである。

d) 新知見を少なくとも一つ主張する

- ・これまでの報告とどう違うか

科学論文で議論を展開するときには、それまで言われてきた意見、報告を簡単にまとめた上で、著者の主張を記述する。ここでの文献引用は必須であろう。それまでの到達点が明確でないと、著者の新知見が何であるかを読者は理解できない。

中医学系論文でこの点の不備が多いと思われる。処方内容を症例ごとに微妙に変えるために、過去の報告例との比較が難しいのかもしれない。

- ・仮説の上に仮説を立てない

東洋医学には、陰陽にしても虚実にしても、西洋医学からみると検証困難な、仮説の上に成立しているところが少なくない。原著論文では仮説が検証されるのであるが、検証のない仮説の上に新たな仮説を立てることは論理の飛躍となり、科学論文としての成立を困難にさせる。著者の腕のみせどころでもある。具体例を提示できないのが残念であるが、仮説が屋上階をなすが如き構造の論文は望ましくない。そのためには、繰り返すが、問題がどこまで解決されているかを明らかに記述する努力が望まれる。

e) キーワード

通常は要旨中にある語を用いる。しかし、本文中にない語、一般的でない語を用いたがる著者が少なくない。ちなみに当学会誌では「東洋医学」「漢方」は検索上意味がない。医学中央雑誌で「東洋医学」で検索すると当学会誌の全冊がヒットされる。他学会誌でこういう用語をキーワードとして求めてくるケースは今なお少なくないが、今後減っていくこと

が予想される。

f) 用語の多義性 (英訳の問題など)

以下は辞書編纂委員会にて検討中の事柄であり、意見が集約されるまでの暫定的な考え方である。

論文執筆に際しては、漢方用語の多義性に注意する必要がある。それは往々にして議論の発展を阻害している。東洋医学的議論に拡散しやすい傾向があることは必ずしも投稿者の責任ではない。

2008年 WHO Western Pacific Region (WPRO) より用語集 INTERNATIONAL STANDARD TERMINOLOGIES ON TRADITIONAL MEDICINE IN THE WESTERN PACIFIC REGION (IST) が発刊された。同書は用語の英訳にできるだけ参考にしていきたいが困難な面も少なくない。例えば、「証」は IST では、パターン (pattern)、症候群 (syndrome) の二つの意味が記載されているが、日本漢方では、さらに適応 (indication)、状態 (state)、診断 (diagnosis)、所見 (physical findings)、解釈 (interpretation) などの意味を与える場合があると思われる。

多義性は「証」に限らない。例えば、「冷え」、「裏寒」、「潜証」。これらの概念は日本漢方を特徴づけるものであるが、「証」と同様、場合、立場等に応じて、表す意味が異なってくる。査読者が理解困難になる論文にはこれらの用語が使われている場合が少なくない。査読者が著者と異なった理解をすれば、査読後の指摘を著者が理解できなくなるのはある意味当然であろう。多義性の用語を用いるときには、たとえ和文論文であっても、用語の英訳をしてから、すなわち意味を定義してから執筆することができないであろうか。用語の英訳は論文の内容に沿って行われるべきであり、IST と異なることはありうる。もし著者が適切な英訳に迷うのであれば、投稿時の本文中は“Sho”“Hie”のように日本語のローマ字つづりとし、別に説明をつける等して、編集委員会に相談してはいかがであろう。最終稿の段階では、“Sho”“Hie”は著者の了解の下、適切な英訳に変更されなくてはいけない場合もある。

g) 症状と所見と診断の区別を意識する

症状と所見と診断の区別は、伝統的漢方医学では曖昧な場合が多い。昭和の大家の文献においても、三者の区別が明瞭でない記述は珍しくない。しかし、これから論文を投稿する方には、これらの区別を明確にした態度で執筆して頂きたい。

東洋医学の所見の記述方法については学会としての明確な指針はまだなく、これからの議論が期待される段階にある。

症状と所見は区別されなければならない。例えば、「冷え+」は自覚症状か、他覚所見かをわかるように記述してほしい。

所見と診断の区別を明確にする一つの提案として、「虚実」を可能な限り診断用語に限定して、脈・腹の所見用語に用いないとする意見がある。例えば、「脈、虚証」とはせず、「脈の緊張、弱」と表記する。あるいは「腹、実証」ではなく、「腹力充実あるいは高度」と記述するのである。これは客観的に記述するための私案であり、未だ会員の承諾を得たことではないが、時代はこの方向に進んでいると思われる。

3 編集の実際

この項では現在の編集委員会の活動内容を記述した。これは学会としての規定等ではなく、また将来の編集委員会活動を束縛するものでもないことをお断りする。

a) 編集方針

- ・我が国の人文的素地を重視する。
- ・症状・所見から方剤選択に至るプロセスは客観的に記述する。
- ・形式の不備を理由に論文を却下しない。
- ・新知見がある場合は掲載する方向へ努力する。
- ・各地で興味深い講演などあれば編集委員会に積極的な推薦を求めていく。広く企画アイデアを求めていく。

b) 論文審査員の選定方法

査読者には可能な限り年1回程度の依頼としているが、査読者が少ない分野では頻回の依頼となっている。

二名の査読者については、各々の専門領域を異にして原則として学会員の中より論文の性質に応じて依頼している。編集委員、代議員、論文掲載経験者に依頼するケースが多い。査読経験の豊富なベテランだけでなく「新人」にも積極的に依頼するように努めている。

論文の評価は、「このまま採用する」「形式的な訂正を要する」「加筆または内容の訂正を要する」「却下する」の4段階があり、さらに他の審査員の意見を求める場合もある。

図1 投稿数と掲載率の推移

平成8～19年に掲載された論文は312篇（医学262，薬学27，鍼灸20，医学3）であった。

平成19年の掲載率が低いのは審査中の論文が多いためである。

査読に時間のかかる会員，評価が常に「このまま採用する」あるいは常に「却下する」会員は，査読者として適当でないと考えている。

総括者は，編集委員幹事に依頼するが多いが，論文内容に応じて，別に依頼する場合も少なくない。筆頭著者が投稿2回以上の場合，同じ査読者，総括者にあたらないよう配慮している。

c) 投稿数と掲載率の推移 (図1)

平成6年以降の投稿数と掲載率の推移を図1に示した。投稿数は平成7年，8年の70篇，71篇以後減少し，16年以降再上昇傾向にある。掲載率は最低が6年の54%，最高が10年の77%，平均66%であった。すなわち投稿論文3篇に1篇は日の目を見ていない計算になる。

掲載率は投稿数が多いと低下し，投稿数が少ないと上昇する傾向が窺われる。18年は投稿数が56篇と増えて9年の57篇に匹敵したが，掲載率は上昇していた。投稿者および編集者の双方が掲載に向けて多くの努力を払った賜物であろう。

d) 再査読と却下の違い

審査判定で「そのまま掲載してよい」は稀であり，大部分は「再訂正」で，「却下」もある。

「再訂正」にはごく一部を修正して掲載できる場合と，かなりの部分の修正を要する場合がある。筆者が委員長就任当初は，前述の方針にしたがい，新知見があれば，論文としての完成度が低くても「再訂正」として多くの難点を指摘してきた。論文によっては，かなりの部分の修正を要した例もあった。修正箇所が多くなると，初審査時にはない指摘を再審

査時に行わざるを得ない場合がでてきて，これが編集委員会への苦情となった。著者にしてみれば，指摘されたところを直した後に，さらに難点を追加されたわけであり，不満は理解できる。一方，査読側からしてみると，文脈が変わった上で整合性のとれない箇所を新たに指摘せざるを得ない箇所が出てくる。以上のことから編集方針の修正を余儀なくされ，最近では，新知見があっても論文としての完成度が低い場合には却下の例が増えている。

現在，「却下」には二つの場合がありうる。「理由なし却下」は本当の却下であり，理由を説明しきれない場合である。「理由付き却下」は却下としながらも再投稿を期待する場合である。「理由付き却下」と「再訂正」との間に明確な基準はないが，伊藤は論文の50%以上の修正が予想される場合は「理由付き却下」に，50%未満であれば「再訂正」とすると，審査期間の短縮につながり，投稿者，編集者の両方に有益と考えている。なお，ここでいう50%は明確な数字ではなく，大雑把なイメージである。

念のため記すが，「却下」の判定は編集委員会全体で下しているのであって，委員長等の独断によるものではない。編集委員の中には修正箇所の量で決めるべきことではないとの意見もある。

e) 審査意見に対する姿勢

・反論してよい

納得できない指摘に対しては是非議論して頂きたい。論文内容が東洋医学的であればあるほど対応困難な指摘はあって当然かもしれない。

必ずしも全ての指摘事項を修正しなくてよい。た

だし修正しない箇所については、指摘を無視したとみなされるので、理由を必ず述べて頂きたい。最終的には全て著者の責任になる。

・共著者は著者である

現行の審査体制では、筆頭著者が困難であっても共著者には対応可能と思われる指摘がされる可能性がある。筆頭著者が困ったときは共著者の助けを借りて頂きたい。

f) 審査に時間がかかるケースとその対策

・初回の審査で査読者が内容を理解できない場合

原因は著者の記述不足（形式不備、内容の未整理等）にある場合が多い。査読者は初回の修正後に論文を初めて理解できるので、初稿で指摘されていない事柄を2稿目に指摘することになる。この場合も編集委員会への苦情となる。

対策として査読の前に記述不足部分に関して著者に質問するように務めている。

・初回の修正で著者が指摘事項に適切に答えられていない場合

却下しない以上は指摘を続ける。ときには共著者等と相談するよう勧める。著者と査読者の溝を埋めるべく、編集委員会委員長から修正案を提示する場合もある。

4 却下したケース

これまでに却下してきた論文の特徴を列記する。下記以外の論文は掲載の方向へ努めてきたつもりである。

- ・方法、結果が不明で考察だけを述べた。
- ・結果はあるが考察がない。症例報告に多い。
- ・東洋医学的記述がない。
- ・倫理面に問題がある。
- ・明らかな医学的誤り。保険診療を大きく逸脱した行為。
- ・編集委員会からの指摘に適切に答えられない。
- ・記述不足が著しく、内容が不正確。
- ・伝統医学ではない代替医療（他誌を勧告した）。

5 投稿規定改訂（2008年3月）に関して

a) 要旨（抄録）Abstract

・内容

文字数の規定が復活した。和文400字、英文250 wordsである。要旨は繁雑に思われるかもしれないが、タイトルとともに、論文の「顔」であり、予告編でも緒言でもない。内容には目的、方法、結果、

考察の内容を取り入れて記述する。構造化抄録は、これらの項目を見出しにして記述したものであり、より優れているとされている。

・英文

和文論文における英文要旨は掲載が決まった段階で、編集委員会より英文チェックの依頼をしているので審査段階でのチェックはそれほど厳しくなくてよい。しかし編集委員会が英訳するのではないので内容に間違いがないことが条件である。投稿者には、native speakerが校正できるレベルの英文でAbstract作成をお願いしたい。査読者は、そういうものとして査読して頂きたい。文章としての細かな誤りに神経質にならなくてよい。

しかし、英文論文については、受理されれば、そのまま掲載される公算が大きいので、英文は充分推敲した上で提出して頂きたい。

・用語

多義性の用語の英訳には注意して頂きたい。前述の“Sho”等は使用しない。漢方処方名の英訳については規定があるので参照してほしい。

b) 漢方製剤の名称

漢方製剤の正式名と商品名の記述は定まっていないので、学会誌にどのように記述すべきかについてはなお議論がある。

これまで簡便性より「TJ-114」「KB-15」などの記号番号の使用が商業誌を中心として行われてきたが、このような例は他分野にはなく、学会としては止めていく方針である。記述の望ましい例を挙げる。「桂枝湯エキス（A社）7.5g分3食前」のように、文中にメーカー名を一回だけ記述する。数種のエキスを記述するときは、文末に、「使用した漢方方剤は、〇〇湯と△△散はA社、××湯はB社、それ以外はC社を用いた」のように記述する。修治ブシ末、加工ブシ末は薬品名でなく商品名とみなす。薬品名はブシ末とする。

c) メール投稿

可能になった。形式を指定している点に注意してほしい。パソコンはWindows版に限定している。ソフトも文はWord、図表はPowerpointに限定している。Macでは不可である。投稿手段については、今後mediaの発達により変化していくことを予想している。

6 一般的な難点

a) 統計手法

- ・評価時点が3点以上または評価項目が3以上あるときにt検定は適さない。分散分析を勧める。
- ・ノンパラメトリック検定では集団を中央値（最小－最大）で表記する。一方、パラメトリック検定では平均値±標準偏差をもって表記する。
- ・標準偏差（SD）と標準誤差（SE）の違い¹⁾

SDは生データのバラツキを、SEは平均値の信頼精度をそれぞれ表現したいときに用いる。例えば、薬理実験ではSEが多用される。一方、毒性試験ではバラツキが大きくなることがありうるのでSDが実際によりよく表現する。

SEがSDより常に小さいので、グラフの見栄えのためにSEを選択してはいけない。目的によって使い分けるべきである。

b) 読みを間違いやすい日本語

漸減（ぜんげん）。検査を施行（しこう）。易疲労（いひろう）。

c) 文としての表現

「～するも,」「～ものの,」は口語調であり論文として不適である。一文内に「～が,」「しかし,」を2回以上繰り返さない。一文内に同じ単語を繰り返さない。名詞であれば代名詞を活用する。「考える」などの動詞であれば、二つの文に分けるなどの工夫をする。

d) 多くの図よりも少ない表を用いる

表にタテ線はない。図には必ず説明をつける。カラーより白黒で。カラーは必然性のあるときだけに

すべき。掲載した図表には本文で必ずコメントし、挿入すべき位置を明示する。発表に用いたスライドのまま投稿する事例が少なくない。必ず投稿用に修正したものを用いて頂きたい。

e) 和文では西洋記号は少なめに

(;) コロン 本来英文の表記。

(;) セミコロン 和文に馴染まない。

(,) コンマ (.) ドット/ピリオド or 「、」 読点「。」句点。どちらにするかは統一して記述してほしい。

f) 個人情報保護の観点を重視する

「2008年4月23日」は不可。「X年4月23日」「2008年4月下旬」などほかす。

7 おわりに

本学会誌の「東洋医学」は伝統を踏まえつつも、その時代のニーズに応えた、Up To Dateな医学であるべきである。旧態依然の医学をそのまま継続しているのではない。その内容は時々刻々と変化、発展し続けてきた。これまでも、各々の編集委員チームがその時代のニーズに応じた基準を設けて活動してきたと思われる。我々もこの伝統の流れの中にあるが、今回この一里塚のような記事を掲載することは意義深いものがあると感じている。投稿される学会会員の方々の参考になれば幸いである。

参考文献

- 1) 浜田知久馬：学会・論文発表のための統計学，P.56-58，真興交易医療出版部，東京（1999）